

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie

***wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Powiecie Łódzkim Wschodnim – dotyczy dofinansowania ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach
obszaru A, zadanie 1, zadanie 4 -pomoc w zakupie i montażu
oprzyrządowania do posiadanego samochodu***

Imię i nazwisko

.....

PESEL

.....

Adres zamieszkania

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniający zakup/montaż oprzyrządowania do
posiadanego samochodu

.....
.....
.....
.....

Uzasadnienie konieczności zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego
samochodu zgodnie z rodzajem niepełnosprawności:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarz specjalisty)